



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
BENEMERITO HOSPITAL GENERAL
JUAN MARIA DE SALVATIERRA

“PRINCIPAL VIA DE RESOLUCIÓN DE EMBARAZO
A TERMINO EN PACIENTES CON UNA CESAREA
PREVIA ATENDIDAS EN EL BENEMÉRITO
HOSPITAL GENERAL JUAN MARIA DE
SALVATIERRA, LA PAZ BCS”

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
**Dra. Claudia Verónica Quintero
Conde**

ASESOR DE TESIS:
Dr. Gustavo Jorge Farias

La Paz, Baja California Sur





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS DE POSGRADO

“PRINCIPAL VIA DE RESOLUCIÓN DE EMBARAZO A
TERMINO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA
ATENDIDAS EN EL BENEMÉRITO HOSPITAL GENERAL
JUAN MARIA DE SALVATIERRA, LA PAZ BCS”

Presenta:

Dra. Claudia Verónica Quintero Conde

Asesor de Tesis

**Dr. Gustavo J. Farias
Noyola**

Titular del Curso

Dr. Carlos Arriola Isais

**Jefe del Servicio de
Ginecología y Obstetricia**

**Dr. Heraclio Antonio
Manríquez Carrillo**

**Jefe del Departamento de
Enseñanza e Investigación**

**Dr. Gustavo J. Farias
Noyola**

Dr. Mario Salomon V.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por guiar mi camino , brindarme su bendición y la oportunidad de ejercer este oficio tan noble como es el ser médico y concluir esta especialidad.

De igual manera agradezco a mi familia; a mis padres, abuelos, a mis hermanos por su apoyo incondicional, ya que ellos son el cimiento de lo que ahora soy, gracias por enseñarme a superarme y a seguir adelante.

Un infinito agradecimiento a Gabriel y Eduardo; mis hijos, los cuales han vivido este proceso de la mano conmigo, quienes me llenaron de fuerza y alegría por lo que hago y sobre todo... Gracias mis amores pues sacrificaron mucho de su tiempo conmigo; su madre y sé que quizá no estuve físicamente en momentos importantes pero siempre pensando en su futuro y bienestar, los amo.

Agradezco a mis maestros, y a cada uno de aquellos que han dedicado tiempo y esfuerzo para enseñarme a ser

un mejor médico y a todos aquellos que participaron en esta experiencia de formación.

A mis compañeros que fueron parte del día a día, que aunque cada uno con sus puntos de vista y forma de trabajar, lograron hacer estos 4 años juntos una experiencia maravillosa, y quienes se convirtieron en parte de mi familia por que ser familia no significa estar siempre de acuerdo, sino decir lo que pensamos cada uno, defender nuestros puntos de vista y vivir unos con otros respetándonos y ayudarse, acompañarse, y apoyarse cada vez que sea necesario.

Índice

Introducción.....	8
Marco Teórico.....	10
Pregunta de Investigación.....	15
Planteamiento del Problema.....	16
Justificación.....	17
Objetivos.....	18
General	
Específicos	
Material y Métodos.....	20
Tipo de Estudio	
Área de Estudio	
Población de Estudio	

Tamaño de la Muestra	
Diseño del Muestreo	
Descripción del Estudio	
Criterios de Inclusión	
Criterios de Exclusión	
Recolección de la información	
Aspectos Éticos	
Análisis	
Descripción de Variables.....	24
Resultados.....	25
Discusión.....	35
Conclusiones.....	37

Cronograma de Actividades.....	39
Anexos.....	40
Bibliografía.....	43

Introducción

El llegar a término del embarazo resulta inquietante para la mayoría de las pacientes; primigestas o multigestas, pero en forma particular para aquellas quienes han tenido una experiencia previa con una vía de resolución diferente a la esperada (parto vaginal), debido a que se tiene la creencia de que la mujer está diseñada para el parto vaginal.

En el transcurso de los años se ha encontrado una tendencia a la alta en el número de cesáreas y más aún aquellas llamadas electivas. Por lo que es de vital importancia para el ginecoobstetra conocer los antecedentes obstétricos y las circunstancias en que se llevó a cabo la resolución del embarazo anterior, ya que existen indicaciones para interrupción de embarazo vía abdominal (cesárea) que no son constantes, y por lo tanto pudieran no presentarse en un embarazo posterior, permitiendo a la paciente llevar a cabo su trabajo de parto y culminar con parto vaginal, sin contratiempos.

Debido a lo anterior es que resulta de importancia el estudio de aquellas paciente con antecedente de una cesárea previa, ya que es bien conocida aquella frase establecida

por Craigin en 1960 que dice “ una vez cesárea, siempre cesárea”. Sin embargo en la actualidad, sabemos a ciencia cierta que se puede permitir trabajo de parto a aquellas pacientes con antecedente de una cesárea previa, con adecuados resultados tanto para la madre como para el producto.

De esta forma el estudio de este grupo de pacientes, nos propone un reto académico y humano que nos permitirá evaluar nuestra capacidad y habilidad clínica.

Marco Teórico

Antes de profundizar en el tema que nos compete, es de vital importancia establecer claramente los términos que aquí se utilizarán, de este modo al referirnos a un embarazo de término estaremos haciendo referencia a aquella gestación comprendida entre las 37 a las 41 semanas.

Parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto de la concepción, la placenta y sus anexos por vía vaginal. (1)

Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, la placenta y sus anexos, a través de la pared abdominal, mediante laparotomía e histerotomía. (2, 3,4)

Las indicaciones para realizar cesárea se dividen en absolutas y relativas. Dentro de las indicaciones

absolutas se encuentran las siguientes; cesárea iterativa, presentación pélvica, sufrimiento fetal, retraso de crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa, placenta de inserción baja, incisión uterina corporal previa, presentación

de cara, prolapso de cordón, hidrocefalia, gemelos unidos, infecciones maternas de transmisión vertical (VIH), embarazo pretérmino (< de 1500gr de peso fetal), condilomas vulvares. (24)

Antes de 1960 la frecuencia de cesárea era inferior al 5%, en la actualidad la frecuencia oscila entre un 20-

25% en los servicios de salud y mayor al 50% en el sistema privado (5). A mediados de los años ochenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%(6), en EUA los nacimientos por cesárea pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000(7), mientras que en los países de Latinoamérica; como Brasil la cifra es mas de 30%, en Chile el porcentaje asciende al 40%. En México el porcentaje nacional de cesáreas en 1999 fue ligeramente superior al 35% (8,9).

En los últimos 30 años se ha producido una tendencia mundial al aumento de las tasas de cesáreas como resolución del parto, lo que representa un reto para los ginecoobstetras, debido a que con mayor frecuencia nos enfrentamos con pacientes con antecedente de cesárea.

Pacientes con embarazo de término en trabajo de parto con cesárea previa, sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, será candidata a realizar una prueba de trabajo de parto. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) publicó lineamientos especificando que la mayoría de las mujeres con incisiones transversales bajas eran candidatas a prueba de trabajo de parto. (10, 11).

Cabe destacar que estudios colaborativos del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (Uruguay) señala que sólo un 5% en las variaciones de la tasa de mortalidad perinatal se explican por la variación en la frecuencia de la operación cesárea. (12)

En relación al parto vaginal posterior a una cesárea se han realizado diversos estudios, los cuales evidencian que el parto vaginal es posible después de una cesárea y que las complicaciones son menores (13, 14,15). Los resultados señalan que entre el 60-80% de las pacientes que se someten a prueba de trabajo de parto después de una cesárea concluyen en un parto vaginal satisfactorio. (16,17).

Para un parto seguro después de cesárea se recomienda que se compruebe que la pelvis materna sea adecuada y que la paciente se atienda en un hospital en donde cuente con todos los recursos como obstetra, pediatra, anestesiólogo y quirófano. (24)

La SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) establece como valor adecuado una tasa superior al 40% de partos vaginales en pacientes con cesárea previa. (18)

El mayor riesgo del parto vaginal después de una cesárea es la ruptura uterina. Esta complicación se produce en menos del 1% de los casos y representa una morbilidad materno fetal del 10-25% . (19)

Se ha reportado que del 75-80% de las pacientes que presentan un parto vaginal después de una cesárea cuentan con un índice de ruptura uterina entre un 0.2-0.8%. La frecuencia de ruptura uterina oscila entre 1/ 1200 a 1/2200 partos, y la causa más frecuente es la dehiscencia de la cicatriz de cesárea. (20)

Debido a que casi 25-30% de las indicaciones de cesárea corresponde a cesárea previa (21,22) y a la falta de

conductas definidas respecto a la toma de decisiones en gestantes con antecedentes de cesárea previa única, sobre esperar el inicio de espontáneo, inducir el trabajo de parto o realizar cesárea, teniendo en cuenta las complicaciones que esto conlleva, se pretende analizar las variables que ayuden a concretar la decisión más adecuada para el binomio.

Pregunta de Investigación

¿Qué porcentaje de pacientes con embarazo de término y una cesárea previa se resuelven mediante operación cesárea, eutocia ó parto vaginal instrumentado en él periodo determinado?

Planteamiento del Problema

El presente estudio pretende determinar la vía de resolución más frecuente en pacientes con embarazo de término que cuentan con antecedente de una cesárea previa atendidas en el Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra en el periodo comprendido del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2010.

Justificación

Resulta de interés evaluar aquellas pacientes con embarazo de término y que cuentan con antecedente de una cesárea previa atendidas en esta unidad. Observar y evaluar lo que acontece en el servicio de ginecoobstetricia de este hospital en este grupo de pacientes y la morbilidad y mortalidad que se presenta así como la presencia o no de trabajo de parto, las condiciones en que este se presenta en cada uno de los grupos, tanto las pacientes que culminan su gestación con parto vaginal como aquellas que se realiza cesárea, y si existe diferencia respecto a la morbilidad y mortalidad materno fetal entre dichos grupos. Y observar lo que acontece en nuestro servicio, con este tipo de pacientes.

De este modo tratar de establecer parámetros estándar para la toma de decisiones terapéuticas y detectar aquellas pacientes candidatas de acuerdo a nuestros resultados, para brindar trabajo de parto ya sea espontáneo o inducido, o establecer en quienes se debe realizar cesárea, sin someterse a prueba de trabajo de parto.

Objetivos

General:

- Determinar la principal vía de resolución del embarazo de término en pacientes con una cesárea previa que son atendidas en el servicio de tococirugía del Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1º de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2010.

Específicos:

- Determinar la edad promedio de las pacientes que concluyeron su embarazo en parto vaginal y la edad promedio de las pacientes que concluyeron su embarazo en cesárea respectivamente.
- Conocer la indicación más frecuente para cesárea.
- Determinar morbilidad materna y fetal más frecuente según la vía de resolución del embarazo.

- Determinar la mortalidad materna y fetal de acuerdo a la vía de término del embarazo.
- Analizar y comparar el APGAR obtenido en recién nacidos durante el periodo establecido de acuerdo a la vía de resolución del embarazo.
- Conocer el porcentaje de pacientes que presentó complicaciones en el puerperio inmediato, y en que vía de resolución son más frecuentes.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio:

Estudio transversal.

Tipo de muestra :

Muestreo consecutivo, no aleatorizado.

Área de Estudio:

Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra

Población de estudio:

Pacientes con embarazo de término que cuentan con antecedente obstétrico de una cesárea previa, y que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Juan María de Salvatierra, La Paz, Baja California Sur, durante el periodo comprendido del 1º de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2010.

Descripción del Estudio:

La recolección de datos se realizará del expediente clínico mediante un formulario expofeso, de todas aquellas pacientes atendidas por embarazo de término y antecedente de una cesárea previa, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Juan María de Salvierra, durante el periodo señalado.

Criterios de Inclusión:

- -Embarazo de término .
- -Antecedente de una cesárea previa.
- -Producto único vivo
- -Presentación cefálica.
- -Pelvis clínicamente útil.

Criterios de Exclusión:

- Expedientes clínicos incompletos.
- Antecedente de 2 o más cesárea previas.
- Incisión uterina clásica previa.
- Embarazo pretérmino o posttermino
- Desproporción cefalopélvica.
- Embarazo múltiple.
- Preeclampsia/Eclampsia :
- Presentaciones anómalas (pélvica, podálico, transversa)
- Placenta previa:
- DPPNI
- Macrosomía fetal.

Recolección de la Información:

La información será recolectada mediante un formato de hoja de recolección de datos, para posteriormente calcular resultados. (Anexo1).

Aspectos Éticos:

Este estudio no representa riesgo debido a que se realizara escrutinio directamente de expediente clínico, por lo que no es requerido hoja de consentimiento informado, y se guardará la confidencialidad de la paciente.

fue sometido al Comité de Enseñanza e Investigación del Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra” de La Paz Baja California Sur México, otorgándose autorización, quedando registrado con el número _____. (Anexo 2)

Análisis:

Con el apoyo de programa Excel 2007 se realizo estadística descriptiva como:

1. Rango
2. Frecuencia
3. Porcentaje
4. Calculo de la incidencia

Descripción de Variables

- **Variables Demográficas:**

Sexo , número de gestas, control prenatal.

Cesárea previa

- **Variable independiente:**

cualitativa nominal, medición: si/no.

-*Vía de resolución de embarazo*: Es la manera en que termina el embarazo y se obtiene el producto de la gestación. Es una variable independiente cualitativa nominal, medición: parto o cesárea.

-*Complicaciones maternas o fetales*. Complicación es un fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de esta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella. Por lo general agravan el pronóstico.

- **Variable dependiente :**

cualitativa nominal, medición: presencia o ausencia.

Resultados

De acuerdo a los datos recolectados de los expedientes clínicos en el período comprendido entre el 1° Enero de 2010 y el 31 Diciembre de 2010.

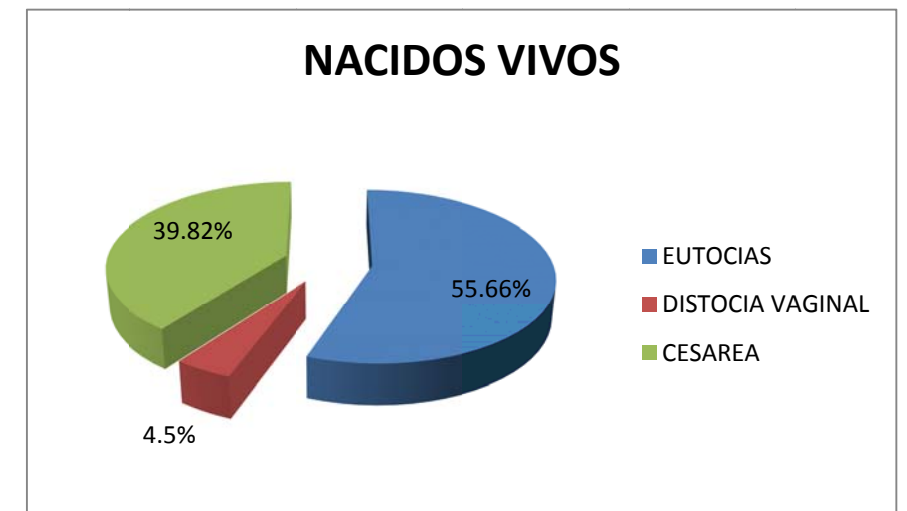
NACIMIENTOS ATENDIDOS

Eutócicos	Distócicos vaginales	Cesárea	Total
1, 272	103	910	2,285

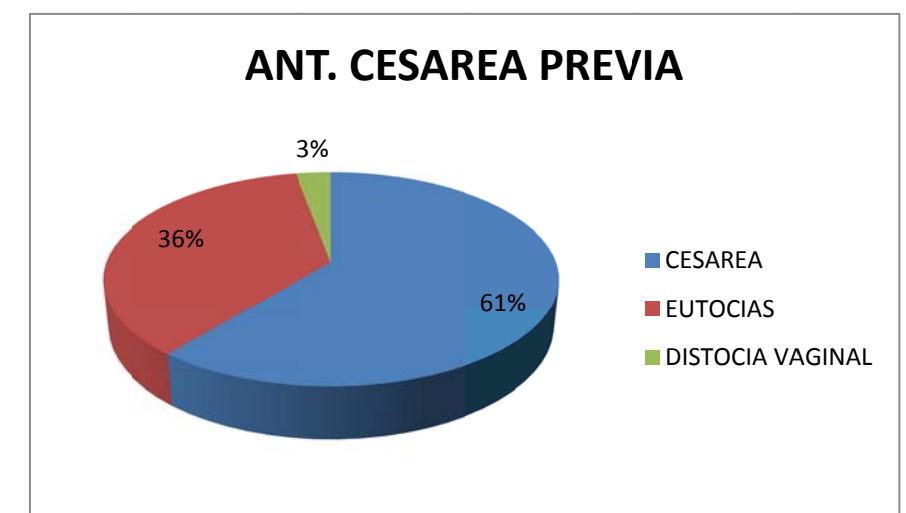
NACIDOS VIVOS DE TÉRMINO

37 SEMANAS Y MAS	
MENOR A 2500GR	2500GR Y MAS
64	2,079

GRAFICA1.-VIA DE RESOLUCIÓN DE EMBARAZO



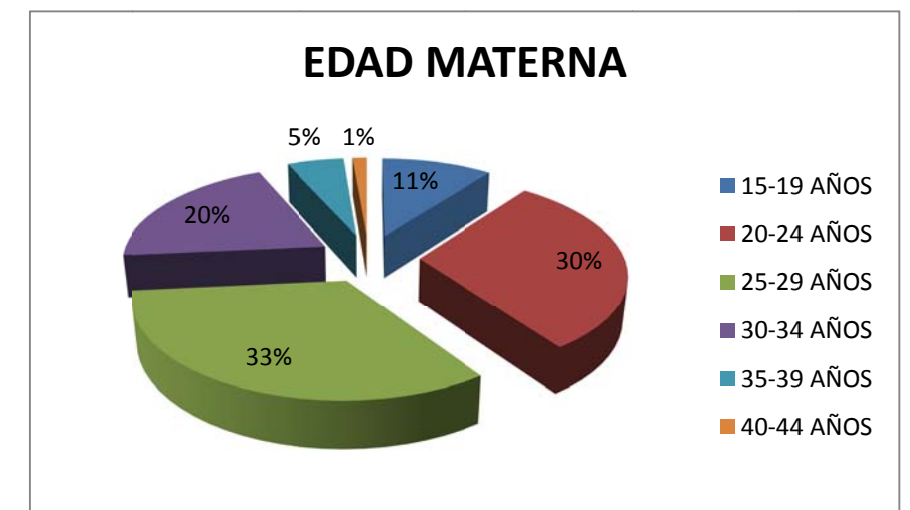
GRAFICA 2. PACIENTES CON EMBARAZO DE TÉRMINO Y ANTECEDENTE DE UNA CESAREA PREVIA.



En las tablas y gráficas anteriores se observan los resultados encontrados durante la recolección de datos, dentro de los cuales se encuentra que durante el año 2010 hubo 2285 nacimientos, de los cuales 1272 nacidos vivos por medio de parto vaginal eutócico, 103 partos distócicos vaginales, y 910 cesareas, lo cual corresponde al 39.82%, 4.5% y 55.66% respectivamente.

De los 2285 nacidos vivos durante el periodo mencionado, 445 madres contaban con antecedente obstétrico de una cesárea previa, lo que representa el 19.47% del total de las pacientes, sin embargo se excluyeron 68 pacientes de acuerdo a los criterios de exclusión antes descritos, por lo que se revisaron solo 377 expedientes. El 60.89% de dichas pacientes la vía de término del embarazo fue por cesárea, 36.17% por eutocia vaginal y un 2.9% por distocia vaginal.

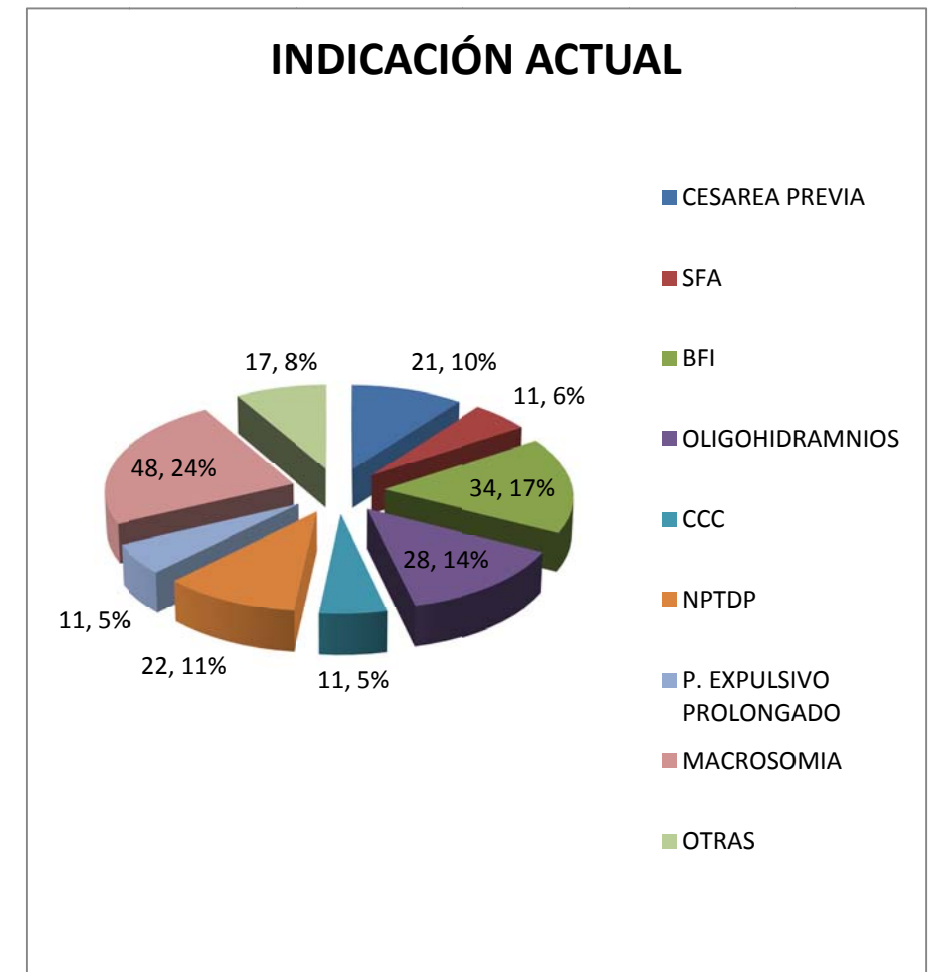
GRAFICA 3. EDAD MATERNA



EDAD MATERNA

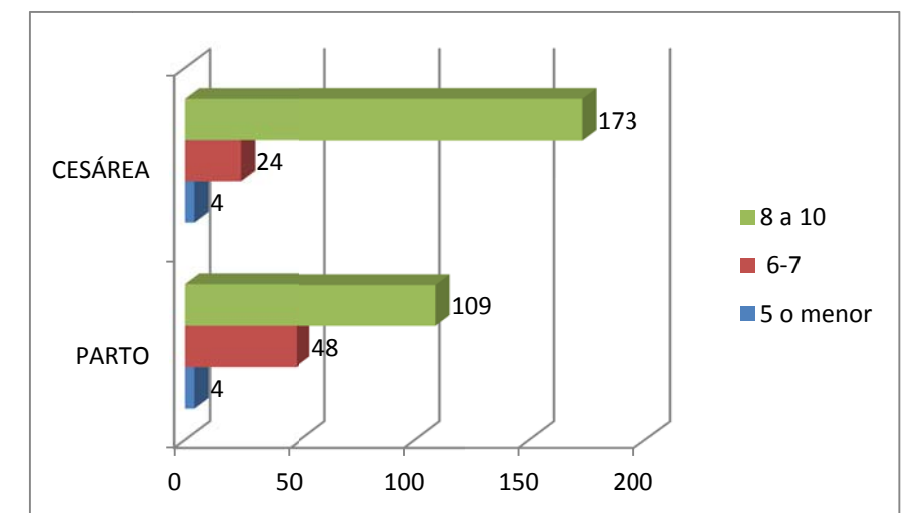
Edad	Parto	Cesárea	Distocia Vaginal
15-19 años	15	21	2
20-24 años	43	69	1
25-29 años	49	72	4
30-34 años	45	25	3
35-39 años	6	12	2
40-44 años	0	4	1

GRAFICA 4. INDICACIÓN ACTUAL DE CESAREA



En el análisis de los datos estudiados se observa que el grupo de edad materna que presenta un mayor porcentaje del grupo estudiado fue el de 25-29 años de edad con un 33%, de los cuales el 100% eran embarazos de término. La principal vía de resolución de embarazo fue por cesárea con un 45.61%, siendo la principal indicación macrosomía fetal.

GRAFICA 6. APGAR AL MINUTO

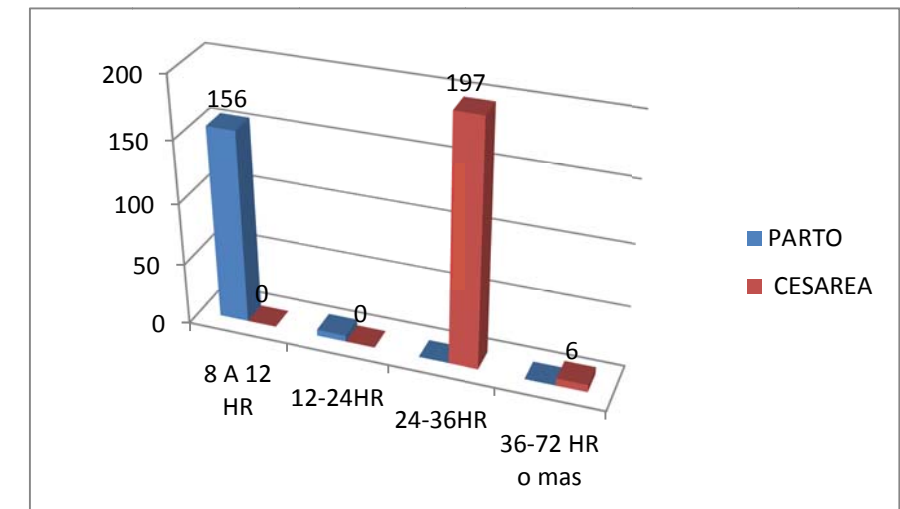


De acuerdo a la gráfica anterior podemos observar que cuentan con mayor puntaje de Apgar al minuto de nacidos aquellos que se resolvió embarazo vía cesárea, así mismo se obtuvieron 2 óbito fetal a través de cesárea.

MORBILIDAD MATERNA

MORBILIDAD	EUTOCIA	DISTOCIA VAGINAL	CESÁREA
FIEBRE	8	1	12
INFECCIÓN DE HERIDA	0	0	4
IVU	4	0	6
ENDOMETRITIS	0	0	0
OTRAS	3	0	6

GRAFICA 7. ESTANCIA INTRA HOSPITALARIA



Al comparar la morbilidad materna respecto al grupo de pacientes de eutocia, cesarea y distocia vaginal, no encontramos diferencias significativas entre ellos, siendo la complicación más frecuente la fiebre.

La estancia intrahospitalaria es menor cuando el embarazo termina en eutocia debido a que la recuperación se da en menor tiempo, sin embargo hubo 5 paciente que requirieron una hospitalización mayor a 12 hr, de las pacientes que

resolvieron embarazo por cesárea 6 requirieron una hospitalización mayor a 36hr.

Respecto a las complicaciones durante el evento obstétrico actual, se presentaron 2 casos de histerectomía obstétrica, una secundaria a acretismo placentario y otra secundaria a atonía uterina.

Discusión

Dentro de los 2,285 nacidos vivos durante el año 2010 en el Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra, se contó con una tasa de cesáreas de 30% aproximadamente lo cual representa el doble del valor establecido por la Organización Mundial de la Salud (15%), en EUA y latinoamérica dicha tasa oscila entre los 23-25 %.

Existe tendencia actual de brindar oportunidad de trabajo de parto a aquellas pacientes que cuentan con antecedente de una cesárea previa lo cual está de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993. Y aún cuando existen estudios que reportan parto vaginal exitoso en pacientes con cesárea iterativa, decidimos excluirlas de este estudio al igual que las pacientes en presentación pélvica, y aquellas con periodo intergenésico corto aún cuando la ACOG no las excluye de ser candidatas a trabajo de parto.

De las 2, 285 pacientes que tuvieron parto en el periodo descrito anteriormente, 445 contaban con antecedente de cesárea previa, de las cuales se examinaron 377 debido a que 68 de ellas de acuerdo a los criterios de inclusión y

exclusión establecidos en el diseño metodológico del presente estudio.

En las pacientes de este estudio encontramos como complicación del evento obstétrico actual, una dehiscencia de histerorrafia y atonía uterina, ambas culminaron en histerectomía obstétrica durante cesárea.

En aquellas pacientes en las que el embarazo termino en parto se realizó revisión manual de cavidad uterina y se corroboró integridad de cicatriz de histerorrafia.

Conclusiones

- El éxito de trabajo de parto en paciente con antecedente de cesárea previa fue de 42.7%.
-
- El porcentaje de cesáreas fue de 53.84%.
- La macrosomia fetal fue la indicación más frecuente de cesárea en el evento obstétrico actual con un 48.24%, seguido por bienestar fetal incierto con 34.17% y oligohidramnios con un 28.14%.
- El grupo de edad que más incidencia de cesarea previa fue de 25-29 años. Siendo el de mayor incidencia de cesárea y de parto el grupo de etario antes mencionado.

- No se encontró diferencia significativa respecto a morbilidad en pacientes de parto y cesárea.
- Los hijos de madres con resolución del embarazo por cesárea presentaron puntaje de Apgar al minuto mayor respecto al de las pacientes de parto.

Cronograma de Actividades

Actividad	Fecha
Recolección de Datos	01 octubre 2011 a 28 de febrero 2012
Análisis de Datos	Marzo a Junio del 2012
Realización Material de Tesis	Julio del 2012



ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VIA DE RESOLUCIÓN DE EMBARAZO EN PACIENTES CON EMBARAZO DETÉRMINO EN PACINETES CON ANTECEDENTE DE 1 CESAREA PREVIA, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GYO DEL HGJMA, LA PAZ BCS.

No. EXP: _____

1., Edad de la paciente: _____

2.- No. De gestaciones:

a) primigesta b) 2-4 gestaciones c) 5 o mas gestaciones

3.- Partos: _____ Cesareas _____ Aborto _____

4.-Indicación de la cesárea previa:

a) SFA b) BFI c) Oligohidramnios de) CCC e) NPTDP f) Periodo expulsivo prolongado

g) macrosomia h) presentación pélvica i) emb. Múltiple

6.- Control Prenatal:

- a) Sí b) No

8.- TDP al ingreso:

- a) Sin TDP b) TDPFL c) TDPFA

9.- Escala de Bishop al ingreso:

- a) 1-5 b) 6-9 c) >9

10.- Resolución de embarazo actual:

- a) Parto vaginal b) Cesárea

11.- En caso de Cesárea, cual fue la indicación:

- a) Cesárea previa b) SFA c) BFI d) Oligohidramnios e) CCC f) NPTDP g) P. expulsivo prolongado h) otras

12.- Complicaciones durante Parto o Cesárea actual :

- a) Sí b) No

13.- Cuál?

- a) Sangrado b) retención de restos placentarios c) dehiscencia de histerorrafia
d) otros

14.- APGAR:

minuto: _____ 5 minutos: _____

17.- Tiempo de estancia intrahospitalaria:

a) 8-12hr b) 24hr c) 36-72hr d) > 72hr

18.- Complicaciones durante el Puerperio?

a) fiebre b) infección de HxQx c) IVU d) Endometritis e) otras

BIBLIOGRAFIA

- 1.- NOM-007-SSA2-1993
- 2.- Cunningham, G.F., Mac Donald, C.P., Gant, F.N., Leveno, J.K., Gilstrap, C.L., Hankins, D.V. and Clark, C.S. Williams Obstetricia. 20ª. Edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 1998.
- 3.- Dunn, L. J. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6ª edición. Editorial Interamericana. pp: 673-684, 1990.
- 4.- Belltzki R, El nacimiento por cesárea hoy. Salud Perinatal. 3: 101- 107, 1989.
- 5.- Constance P. Epidemia de cesáreas. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Julio-Agosto 2000. Disponible en: <http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AG000c/c800i.htm>. Consultado en abril del 2011.

6.- World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-437.

7.-Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: Final data for 2000. Natl Vital Stat Rep 2002; (5): 1-101.

8.- Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. BMJ 1999;319:1397-1402.

9.-Consejo Nacional de Población. México en cifras. Disponible en: www.conapo.gob.mx/m_en_cifras/principal.html. Consultado el 15 de marzo 2002.

10.- Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: final data for 2000. National and vital statistics reports. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2002. Available at URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_05.pdf.

11.- Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del parto, México: Secretaría de Salud; 2009.

12.- Boletín Salud Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). OPS/OMS. Disponible en: URL: <http://www.paho.org/clap> .

13.- Hervás AJ. Resultado Perinatal en la cesárea anterior. Toko-Ginecología Práctica. 1999;58(5):231-34.

14.- Martínez AP. Evolución del parto en gestantes con cesárea anterior. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 1999; 26(10): 32-41.

15.-Brumfield TC. Puerperal Infección after cesarean delivery. American Journal Of Obstetrics And Gynecology. 2000; 182(5): 13-8.

16.- Rosen MG, Dickinson J, Westhoff C: Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 1991; 7:465.

17.- Paul RH, Phelan JP, Yeh S: Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 297-304.

18.- ACOG. Vaginal Birth after previous cesarean delivery. ACOG practice bulletin. Number 5, July 1999. Int J Gynecol Obstet 1999; 66: 197-204.

19.- Esposito MA, Menihan CA, Malee MP. Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case-control study..Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1180-3.

20.- Instituto Nacional de Perinatología (México). Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002. 3ª edición. Marketing y Publicidad de México. México:2002. Registro en trámite.

21 .- Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología Obstetricia No. 3 del IMSS, AC.(México). Ginecología y Obstetricia. 3ª edición. Méndez editores. México: 1997. p:532.

22.- ACOG News Release. Ob-Gyns Issue Recommendations On Cesarean Delivery Rates. (Posted August 9, 2000) Disponible en: URL: http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr08-09-00.cfm

23.- Ahued Ahued JR, Quesnel García-Benítez C, Simon Pereira LA. Parto y Cesárea. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. PAC-GO-1. Libro 3 Obstetricia. Primera edición. Edit. Intersistemas. México: 1998.

24.- Guía de Práctica Clínica Para la Realización de Operación Cesárea, México:Secretaría de Salud;2007

25.- Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-eclampsia. 2006.

26.- Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Placenta Previa en el 2º y 3 er trimestre del Embarazo en el Segundo y Tercer Nivel de atención. México: Secretaria de Salud; 2008.